



TITLE:

臨床瑣談

AUTHOR(S):

荒木, 千里

CITATION:

荒木, 千里. 臨床瑣談. 日本外科宝函 1935, 12(4): 1219-1230

ISSUE DATE:

1935-07-20

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204293>

RIGHT:

臨 床 瑣 談

小脳橋隅角部ニ向ツテ増殖セル小脳_Lグリオーマ_Lノ1例

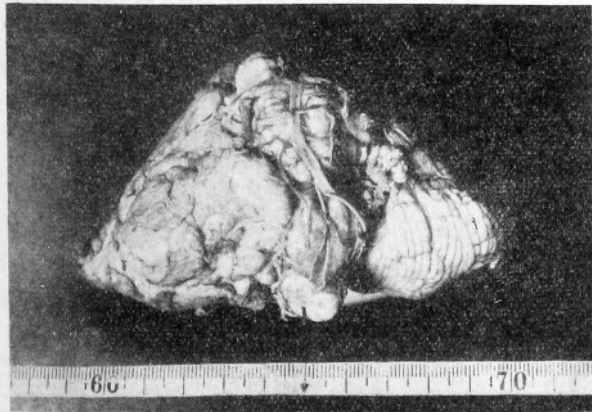
荒 木 千 里 (京都外科集談會5月例會所演)

熊本幸治, 6歳9月, ♂。

現病歴: 4年來足ガ弱クナツテヨク轉倒シタ。3月前ヨリ時々頭痛, 嘔吐ノ發作ガアル。2週間前カラ茶碗, 箸ヲ持ツ事ガ困難トナリヨク落ス事ガアル。且ツ大小便カ出難クナツタ。

現 症: 陽性ノ所見ダケ列舉スルト,

1) 頭ガ目立ツテ大キイ。2) horizontaler Nystagmus ガアル。瞳孔ニハ異常ハナイガ眼底ニ著明ナ鬱血乳頭ガアル。3) 言語ハ langsam デ ungeschickt デアル。4) 上肢デ Finger-Nasenversuch, Diadochokinese, 指ノ feine Bewegung 等ハ一般ニ右カ悪イ。5) 下肢デハ P. S. R. ハ兩側トモ充進シテ居ルガ特ニ右デ著シイ。Babinski, O. penheim, Mendel ノ現象ハ兩側ニアルガ右ガ特ニ著明デアル。6) Romberg 著明ニ陽性。Fallneigung ハ何チラト限ツテ居ナイ。歩行ハ taumelnd デ右足ハ痙攣性ノ歩行ヲ呈スル。7) 腦脊髄液。初壓280, 4cc 除去シテ100ニ下降スル。8) X線像所見。頭蓋全體ニ亙リ指壓痕甚ダ著明。土耳其鞍窩ハ多少擴大シテ居ル。左→右側面撮影デ Proc. clin. post. ガ著シク細ク且ツ spitzig, 斜臺(Clivus) ガ usurieren サレテ居ル。右→左側面撮影デハ Proc. clin. post., Clivus 共ニ異常ハナイ。後→前及ビ前→後撮影像デハ右ノ Pyramidenspitze ニ著明ナル Druckusur ガアリ且ツ右ノ Fossa subarcuata ニモ明ニ Druckusur ヲ認メル。内聽道孔ハ左右デ著シイ大サノ差ヲ示サナイ。前角穿刺ニヨツテ Ventrikulographie ヲ行ツテ見ルト甚ダ高度ノ Hydrocephalus int. ガアル。(注入空氣量300cc)。



以上ノ如キ所見デアルガ, 此中茲
デ特ニ注目シタイノハX線像ノ所見
デアル。指壓痕ガ著明ニ深クナツテ
居ル事及ビ土耳其鞍窩ガ多少擴大シ
テ居ル事ハ一般腦壓充進ヲ示ス所見
デアツテ, 此事ハ Ventrikulographie
デ腦室系統ガ甚シク擴大シテ居ル事
ト一致スルモノデアル。然ルニ側面
像ニ於ケル右側ノ Proc. clin. post.

及ビ Clivus ノ Druckusur ト後→前面像ニ於ケル右 Pyramidenspitze 並ニ Fossa subarcuata ノ Druckusur トハ一般腦壓充進ヲ示スモノデハナイ。之ハ後頭蓋窩ノ腫瘍特ニ小脳々橋隅角部腫瘍 (Kleinhirnbrückenwinkeltumor) ニ際シテ見ラルル特有ノ變化ナノデアル。從ツテ此 X 線所見カラハ右ノ小脳々橋隅角腫瘍ト診斷サレネバナラス。

此腫瘍ノ大多數ハ聽神經ヨリ發生シタ Neurinom デアツテ之ハ1側性ニモ或ハ兩側性ニモ來ル。ソノ臨床症狀トシテハ 1) 腫瘍側ノ聽力障礙。此患者デハ聽力障礙ハナイ。Taschenuhrversuch デ兩側トモ30cm 迄聽エル。2) 其附近ニアル腦神經, 例ヘバ顔面神經, 外旋神經, 三叉神經等ニ刺戟症狀乃至缺落症

狀ヲ呈スル。此患者ニハ此等ノ腦神經ニ異常ヲ認メナイ。3) 小腦症狀。之ハ此患者デハ明瞭デアツタ。即チ右ニ向フ Nystagmus 及ビ右ニ著明ナ Ataxie カ證明サレテ居タ。此患者ニ見ラレタ高度ノ腦内水腫ハ後頭蓋窩ノ腫瘍デアレバ小腦腫瘍デモ小腦々橋隅角腫瘍デモ起ル。又腰椎穿刺ニ際シテ始メ 280 アツタ Liquor ノ壓ガ僅カ 1cc ヲ除去シテ急激ニ 100ニ下降シタ事モ後頭蓋窩ノ腫瘍ト云フダケノ意味デアル。4) 末期ニナルト反對側ニ圓錐體路ノ障礙ガ來ル。此患者ニモ圓錐體路障礙ガアツタガ小腦症狀ト同側ノ右側ニ著明デアツタ。

要スルニ X 線像ノ上デハ右ノ小腦々橋隅角腫瘍ト考ヘラレルガ、神經學の症狀ノ上カラハ右小腦腫瘍ト考ヘラレタ。圓錐體路障礙ガ右ニ強ク現ハレテ居ルノハ腫瘍ニヨツテ腦橋反對側部カ骨ニ壓迫サレタ結果ト考ヘラレルガ、之ハ小腦腫瘍トスルヨリハ小腦々橋隅角腫瘍ト考ヘタ方が適當カモ知レス。此患者ハ Ventrikulographie 後 39—41°C ノ高熱ヲ持續シテ居タガ 17 日ニ腫瘍ニ對スル何等ノ手術ヲモ施行シ得ズシテ死亡シタ。其間、腫瘍ニヨル局所症狀ハ著シク増惡ヲ示シタガ一般腦壓亢進症狀ガ特ニ惡化シタトハ思ハレナカッタ。perkutan ニ前角穿刺ヲヤツテモ Liquordruck ハ常始ヨリモ却ツテ減少シテ居ル位デアツタ。意識ハ Ventrikulographie 後多少嗜眠性デアツタガ死亡ノ 4 日前ヨリ全く混濁シタ。

剖檢所見。小腦右半球ノ殆ンド全部ヲ占メル腫瘍デ、之ガ特ニ右小腦々橋隅角部ニ向ツテ強ク höckrig ニ凸出シ腦橋部ヲ反對側ニ向ツテ強ク壓迫シテ居タ。組織學のニハ「グリオーム」特ニ Rosetten ヲ有スル Glioblastom デアル。

コノ剖檢所見ニヨツテ X 線像ノ上デ小腦々橋隅角腫瘍ノ變化ヲ呈シテ居タ事ガ首肯サレル。併シ聽神經ヲ始メトシテ附近ノ腦神經ガ剖檢上腫瘍ニヨツテ強ク壓迫サレテ居ルニ拘ラズ臨床的ニハ殆ンド症狀ヲ呈シテ居ナカッタ事ハ、之ガ普通見ラレル聽神經 Neurinom デナクテ軟カイ Gliom デアツタ所爲デアラウ。腦ノ他ノ部分ニハ出血、腦膜炎、腦炎等ヲ思ハシムル變化ハナカッタ。即チ Ventrikulographie ノ技術的過誤ヲ示ス様ナ所見ハナカッタ。

Ventrikulographie ニヨル死亡例ハ Jüngling ノ文獻的統計 (41 例) ニヨレバ後頭蓋窩腫瘍ノ場合ニ最も多イ。併シ其大多數ノ死亡例ハ操作中又ハ 6—12 時間後ニ死亡セルモノデ、其原因ハ頭蓋内壓ノ急激ナル上昇ニヨツテ延髓ガ後頭孔 (Foramen occipitale) ニ嵌頓スル事ニ求メラレル。然ルニ此例ハ術後 17 日ニ死亡シタモノデ Spättod ト稱スベキモノデアリ且ツ死亡 3 日前ノ Ventrikelpunktion デ Liquor ノ壓ガ全然上昇シテ居ナイ事ヲ確メテ居ル。從ツテ此例デハ Druckschwankung ニヨル延髓ノ嵌頓ト云フ事ハ全く考ヘラレヌ。予ガ從來腦腫瘍ニ Ventrikulographie ヲ行ツタ經驗ヨリ見ルニ此後デ 1—2 週症狀ノ増惡ヲ來ス場合が多い。之ハ何モ腫瘍ガ急激ニ増大シタ事ヲ意味スルモノデハナク、恐ラク空氣注入ニヨル病竈部ノ循環障礙例ヘバ浮腫ト云フ如キモノガ原因トナツテ居ルデアラウト思フ。從ツテ予ハ本例ノ死因ヲ簡單ニ Ventrikulographie ニヨル腫瘍本來ノ症狀ノ増惡ニ求メタイ。即チ Ventrikulographie ニヨツテ腫瘍自身及ビ其ニ接シテ居ル lebenswichtig ノ腦橋・延髓等ニ循環障礙 (特ニ浮腫) ヲ來シ腫瘍ノ障礙作用ヲ急激ニ増惡セシメ遂ニ死ニ至ラシメタモノト考ヘル。尙此患者デ術後 17 日間高熱ヲ持續シテ居ルガ、之ハ腦底一般特ニ小腦々橋腫瘍ノ手術後ニ屢々經驗サレル事デ、要スルニ斯ル部位ニ急激ニ Laesion ガ起ルト斯ル發熱ヲ惹起スルノデ、必ズシモ感染炎症ヲ意味スルモノデハナイ。

注入サレタ空氣量即チ 300cc ハ從來ノ記錄ヨリ見テ斯ル大ナル Hydrocephalus ニ對シテハ不當ニ多量デアツタトハ考ヘラレナイガ、一般ニ Ventrikulographie ノ際ノ副作用ハ注入空氣量が多い程強イ點カラ考ヘルト、大量ノ空氣ヲ注入シタ事ニ死亡ノ責任ガアルノカモ知レナイ。

腦下垂體腫瘍剔出例

吉 田 久 士 (京都外科集談會 4 月例会所演)

患 者：45 歳ノ農夫。

主 訴：右眼ノ全盲ト左眼ノ視覺障礙。

現病歴：約4年前ニ何等ノ誘因ナクシテ、野良デ仕事ヲシテキルト物體ノ半分ガ(左右何レカハ記憶シテキナイ)陰ツタヤウニ見エテ輪廓ガハツキリシナイノニ氣付キ、其レ以來視覺障礙ガ續キ、種々治療ヲ受ケタガ一向良クナラヌノミカ漸次度ヲ増シテ、現在デハ右眼ハ全ク視力ヲ失ヒ、左眼モ著明ナル視覺障礙ヲ來スニ至ツタ。尙時々可成リ高度ノ下痢ト裏急後重ヲ來スコトガアルガ、頭痛、眩暈其他ノ腦壓昂進症狀ハ無ク、食思ハ佳マデアル。睡眠ハ時々障礙サレルコトガアリ、最近便通ハ1日4—5回ノ下痢ガアル。

現在症：一般狀態トシテ「アクロメガリー」或ハ *Dystrophia adiposogenitalis* ノ所見無ク、榮養モ佳良。

眼ノ所見：右眼ニ内上方ニ向ヘル斜視ガアル他、瞳孔ハ左右同大デ光線反應ハ共ニ尋常ニ保タレ、乳頭モ壁界鮮明デ鬱血乳頭ヲ認メナイ。視野検査ハ右側ハ全盲デ、左ハ顛顛側ノ半盲症ヲ證明ス。

尿検査：尿量1日800—1000珣デ稍々減少シテキル他異常無ク、血液ノワ氏反應ハ陰性。

X線單純撮影並ビニ Encephalographic 共ニ土耳其鞍窩部ニ著變ヲ見出サナイ。

脊髓液ノ検査：初壓105、終壓96耗水銀柱デ尋常、穿刺液ハ水様透明デ、蛋白含有量ハ0.75%極僅カ増加シテキル。ノンネアベルト反應ハ輕度蛋白色ヲ呈シ、脊髓液ノワ氏反應モ陰性デアツタ。

藥効學的検査：「アドレナリン」、「ビロカルピン」ニ對シテ共ニ鋭敏デ、「アドレナリン」1%ノモノ0.75珣デ血壓亢進、脈搏頻數、Tremor、心悸昂進並ビニ糖尿何レモ著明ニ現ハレテ反應ハ強陽性デアリ、又「ビロカルピン」ハ1%ノモノ0.3珣使用シテ反應ハ陽性デアツタ。即チ植物神經系統ノ異常興奮性ガアル。

診斷：以上ノ所見即チ視野ノ變化、藥効學的検査成績ニヨツテ Hypophysengang ノ良性ノ腫瘍ナリト診斷シタ。

手術：14/Ⅲ、術式……洞前頭骨膜内腦下垂體剔出術。

「ヌベルカイン」80珣ノ局所麻醉ノ下ニ、右眼窩上縁ヲ基底トヘル略々四角形ノ軟部瓣狀切開ヲ加ヘ、ド・マルテルノ裝置ト線鋸トデ徑8.0 糎ノ前頭骨片ヲ除去シ、更ニリユール鉗子ヲ以テ前頭骨ヲ眼窩上縁直上マデ充分ニ削除シテ頭蓋底ヘノ侵入ヲ容易ナラシメタ。次デ硬膜ノ上ヨリ、右ノ側腦室前角穿刺ヲ行ヒ、約40珣ノ脊髓液ヲ除去シテ頭ヲ可及の後方ニ懸垂サセルト腦ハ著明ニ萎縮ス。仍テ前頭硬膜皺襞部ノ1糎上方デ、大體眼窩上縁ニ平行ニ硬腦膜ニ横切開ヲ加ヘテ蜘蛛膜下腔ヘ侵入シ、腦挫碎ヲ防グ爲メ生理的食鹽水ヲ浸シタ綿花ヲ露出腦表面ニ置キ、其上ヨリ軟カイ「スパーテル」ニテ壓抵シツ、深部ニ進ミ腦下垂體ニ達シタ。腦下垂體ハ約示指頭大ニ腫大シ、痔核ノヤウナ帶紫赤色ノ外觀ヲ呈シ、右視神經ヲ可成リ強ク壓迫シテキタ。左側視神經ハ腫瘍ニ被ハレテ見エナイ。依ツテ鋭匙デ少シ宛 *stückweise* ニ搔爬シ、結局全腫瘍ヲ剔出シ得タ。大シタ出血ハ無カツタガ50%ノ高張葡萄糖溶液ヲ以テ充分止血シタ後、硬腦膜創ヲ細イ腸線ニテ粗ニ縫合シ、豫メ除去シタ前頭骨片ヲ舊ニ復シ、更ニ皮膚縫合ヲ行ツテ手術創ヲ全部一次的ニ閉鎖シ手術ヲ終ツタ。

剔出標本：病理組織學的検査ニテ Eosinophiles Adenom デアツタ。

術後經過：手術中ハ話シナガラ手術ヲ行ツタ位デ意識ハ明瞭、術後モ意識明瞭デ手術當夜ハ幾分興奮シテキタガ、翌日カラ安靜デ約2日間嗜眠性デアツタ。3日目ニハ兩眼瞼持ニ右側ノ浮腫ガ著明ニ現ハレタガ、7日目ニハ全ク消失シ、又術後翌日カラ糖尿ガ現ハレタガ之モ8日目ニ消失シ、尿量ハ1500珣内外デ術前ヨリ稍々増量シタ。血壓ハ翌日最高132、最低80mmニ亢進シタガ、4日目ニハ術前ニ復シタ。以後氣分モ至極爽快デ睡眠障礙モ全ク除カレ、甚ダ順調ニ經過シテ術後2週間目ニ拔糸シ、手術創ハ第1期癒合ヲ營ンダ。此ノ際皮下血腫ヲ形成シテキタノデ穿刺ニヨツテ約50珣血液ヲ除去シ、爲ニ該部ハ稍々陷凹シタガ何等苦痛ヲ認メナイ。

術後2回視野測定ヲ行ツタガ術前ト大差ガナイ。併シ物ヲ見續ケテモ術前ニ比シ疲勞度ガ甚ダ減ジ、右眼モ見エ出シタヤウナ氣ガスルガ實際ニ調ベルトヤハリ見エナイト云ツテキル。視力ノ問題ハ尙今後ノ觀察ニ待タネバナナナイ。

術後35日目ニ藥効學的検査ヲシタガ「アドレナリン」ニモ「ビロカルピン」ニモ術前ヨリ著シク反應ガ減弱

シテキルヲ認メタ。

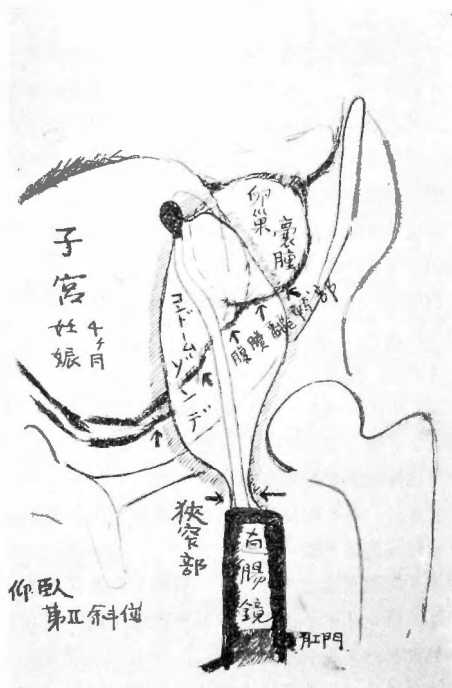
扱テ以上述べた術式即チ洞前頭骨硬膜内脳下垂體剔出術ハ京大外科ニ於ケル第2例目デアツテ、第1例ハ昭和8年12月ノ本會席上デ高安學士ガ「アクロメガリー」ノ患者ニ於テ、腦下垂體手術治驗例トシテ報告サレタモノデアル。其際腦下垂體ノ手術ニ向ツテハ他ノ如何ナル方法ヨリモ本術式即チ transfrontal = intradural = 侵入スル方法ガ最モ安全デ、最モ容易デアルコトヲ述ベラレタガ、此ノ事實ハ第2例ノ本例ニヨツテ一層根據ヅケラレ、一層強固ナル自信ヲ抱カシムルニ至ツタ次第デアル。

外科の直腸疾患 X 線検査方法ノ1 考案

庄 山 省 三 (京都外科集談會5月例會所演)

直腸ノ疾患特ニ腫瘍狹窄ノ診斷ニ向ツテハ、1) 此ノ病變ノ直腸内面ニ向ツテノ性状。
2) 腹腔内直腸ニ關係シ居ルモノナリヤ腹膜外直腸ニ關係シ居ルモノナリヤ即チ病變部位ノ局所解剖學的關係。此ノ兩者ヲ明ニスルコトガ手術々式ノ適應ノ豫後ノ判定ニ最モ有力ナル根據ヲ與ヘルモノデアル。此ノ目的ニハ是非共X線検査ニ俟タナケレバナラス。

第1ノ目的ニ對シテハ Fricke 氏 Kondomsonde 方法ニ依ツテ略々其ノ目的ヲ達シ得ル。第2ノ目的ニ對シテハ未ダ適確ナル方法アルヲ知ラナイ。余等ハ此ノ目的ニ對シ腹腔内ヘ Moljodol ヲ注入シテ腹膜翻轉部ヲ表現シ(川上學士)同時ニ第1ノ Fricke 氏 Kondomsonde 方法ヲ合併スルコトニ依ツテ此上ノ總テノ目的ヲ達シ得タト信ズルカラ此所ニ其ノ寫眞ヲ供覽スル。



此ノ患者ハ24歳ノ婦女、先天的ニ直腸狹窄ガアツテ、其ノ結果多數ノ外痔瘻ヲ續發シテ入院シタ。肛門内指診デハ肛門上方4cmノ部ニ示指ヲ通ジ得ナイ狹窄ヲ認ム。直腸鏡検査デハ此ノ部ニ鉛筆大ノ腔ヲ認メル以外ソレ以上 oralノ部分ハ全く不明デアル。竝ニ於テ吾々ノ直腸腹膜合併X線検査方法 (Kombinierte Rectoperitoneographie) ヲ行ツテ觀ルニ、此ノ寫眞ノ如ク直腸狹窄部ハ肛門ヨリ約5cm 深部ヨリ上部1cmノ間ニ存在シ、其ノ上方ハ紡錘形ニ擴張シ、粘膜面ハ平滑、更ニ此ノ狹窄部位ハ直腸ノ腹膜繞轉部ヨリ下方約5cmニ在ルコトヲ斯クノ如ク鮮明ニ認メ得タノデアル。

依ツテ此ノ吾々ノ Kombinierte Rectoperitoneographie ハ直腸ノ外科的疾患ノ診斷ニ向ツテ最も適當ナル検査方法ト信ズル。(寫眞供覽)

急性腹膜炎ニ對スル Enterostomie, Enterosygmoidostomie ニ就テ

大阪弘濟病院 塚 原 仲 光 (京都外科集談會4月例會所演)

急性汎發性腹膜炎ハ蟲様突起炎ヨリ續發シ來ルモノガ大部分ヲ占ム。早期手術ノ時期ヲ失シ汎發性ノ過程ヲトレルモノニ對スル處置ハ甚ダ至難デアル。近來老練ナル内科醫ハ其治療中汎發性腹膜炎發現ノ徵候ヲ早期ニ發見シ、外科醫ニ委ネラル、コトガ多クナツタ様デアル。斯カル患者ハ一般ニ充分ニ内科的ニ治療ガ行届イテ居リ、患者ノ抵抗力ハ相當發動シテ居ル。斯カル患者ニ對スル余等ノ態度ハ極メテ慎重デアラネバナラス。汎ソ炎症ニ對スル治療ノ本領ハ自然治癒ヲ促進シ、之レヲ妨ゲルモノヲ排除シ一般抵抗力ヲ增強セシムルニアル。腹膜炎ニ於テ殊ニ然リデアル。故ニ吾々ハ益々自家防禦機構ヲ研討スル必要ガアル。例ヘバ從來最も嫌惡スベキ狀態ト考ヘテ居ツタ腸麻痺デサヘ横田博士ノ研究ニヨツテ其ノ當初ハ自家防禦作用ノ一機轉デアルコトガ明カニサル、ニ至ツタデハナイカ。吾々外科醫ハ急性汎發性腹膜炎ノ治療ニ當ツテハ常ニ其ノ過度ノ進展ヲ制壓シツ、自然治癒ニ順應スベキデアラウ。從テ各學派ノ長ヲ探リ内外兩科ヲ打ツテ一丸トシタ治療方針ヲ立テネバナラスト思フ。

余ハ此方針ノ下ニ手術的處置トシテハ切開排膿ト同時ニ

- 1) Lゴム膜應用腸Lガス穿刺法
- 2) 小腸S字狀結腸側々吻合法

ヲ行ツテ見タ。前者ハ從來ノ腸瘻造設ノ失水感染等ノ缺點ヲ補フタメニ行ツタモノデ之レニヨツテ完全ニ糞瘻形成ヲ防グコトガ出來ル。後者ハ小腸内ノLガスヲ早く排泄シ得ル利點ト之レニヨツテ小腸蠕動ヲ恢復セシムル利點トヲ兼ネタ合理的療法デアルト思フ。唯コノ吻合ヲ行ヘバ當分灌腸ヲ行フコトガ禁物デアル。然シ余ノ症例ニ於テハ全テ灌腸ヲ行ハナクテモLガスヲ排泄及ビ便秘ガアツタ。亦吻合口ハ一横指以內デアルカラ之レニヨツテ小腸並ビニS字狀結腸ノ通過障害ヲ起サナイシ、又營養障害ヲ來サズ腹膜炎治癒後モ何等ノ不快ナル後遺症ヲ證明シナカツタ。

然シ未ダ例數ガ少イカラ今後多數ノ症例ヲ經驗シタ上機會ガアラバ再ビ報告シヤウト思フ。

幸運ナル經過ヲ取リツツアル轉移性栓塞性靜脈炎

弘 重 充 (京都外科集談會5月例會所演)

從來栓塞性靜脈炎ニ對スル治療法トシテ非觀血的ニハ罹患部位ノ絶對的安靜及ビ高舉、觀血

的ニハ罹患靜脈ノ切除、中心端ノ健康部ニ於ル靜脈ノ結紮等ガ行ハレテ居ルガ、動脈ニ於ル如キ血栓摘出術ハ靜脈ニ於テハ靜脈完全ニ閉塞サルルモ容易ニ壞疽ヲ起サル事及ビ血栓ニ處置ヲ加ヘル事ハ栓塞形成ノ危険アル事ノ2ツノ理由ヲ以テ行ハレテ居ラスノデアル。偶々轉移性ニ起ツタ栓塞性靜脈炎ノ1患者ニ血栓摘出術換言スレバ徹底的血栓壓出術ヲ行ヒ、其經過ヲ觀察シ得ルノ機會ヲ得タ。

患 者： 39歳、男子。入院10日前ヨリ右下腿ノ蜂窩織炎ヲ起シ4月3日入院。ソノ後局所ノ症狀ハ次第ニ輕快シタガ入院5日目ヨリ反對側ノ腓腸筋部ニ硬イ壓痛性ノ Strang ヲ觸レ、次イデ左下肢全體ガ浮腫狀ニ腫脹シテ來タ。即チ小窩靜脈ヨリ股靜脈ニ及ブ轉移性栓塞性靜脈炎デアル。次第ニ症狀ガ増強シテ來タノデ4月17日手術ヲ行ツタ。大腿上半部ニテ皮切ヲ加ヘ股靜脈ニ到達スルニ血栓ニテ閉塞サレ既ニ腸骨靜脈ノ方ニ及ンデ居ル。ソレデ中心端及ビ末梢端ヨリ壓迫ヲ加ヘ徹底的血栓ヲ壓出シ、血流ガ完全ニ回復シタノヲ認メ血管外層縫合ヲ行ツタ。一部血栓ヲ培養セルモ菌ハ證明シ得ナカッタ。術中及ビ術後何等ノ栓塞ニ因ル危険症狀ヲ認メズ經過ハ良好デアツタガ1週間後ヨリ右側ガ再び浮腫狀ニ腫脹シ初メ、次イデ手術肢モ再び血流ヲ證明シ得ナクナリ、次第次第ニ上方ニ腫脹ガ増シテ來タ。絶對の安靜ヲ保チツ、Kanalisation ヲ待ツテ居ル。然シ本患者ハソレノミデ血栓形成ニ陥リ易イ血液疾患即チ慢性淋巴白血病ノ血液像ヲ呈シテ居ルノデ正常人ヨリ血栓形成ニ傾イテ居ルト見ナケレバナラス。此ノ如キ疾患ナカリセバ前ノ Phlebotomie ハヨリ有効ナリト考ヘラル。

即チ本患者ハ小窩靜脈ヨリ外腸骨靜脈ニ及ブ廣汎ナル轉移性栓塞性靜脈炎ニシテ股靜脈ノ小切開口ヨリ血栓ノ徹底の壓出術ヲ行ヒ一時血流ノ回復ヲ見タモノデアル。今後靜脈血栓ニ對シテモソレガ徹底のニ行ヒ得ルナラバ壓出ニヨル血栓摘出術ハ小切開ノ許ニ容易ニ行ヒ得ルヲ以テ試ムベキ1法デアル。

留彈ニ關スル研究補遺

軍醫正 根 岸 喜 代 助 (京都外科集談會4月例會所演)

留彈ニ因スル障礙ノ有無ニ關シテハ見解區々タリ。或ハ全然無害ナリトシ、又ハ有害ナリトナセリ。然レドモ留彈ガ瘢痕性包囊ニテ完全ニ包裡セラレ、其ノ移動ナキ場合ハ其ノ障礙特ニ著明ナラザルハ一般ニ首肯シ得ル所ナルモ、必ズシモ障礙ナシト斷ズベカラズ。留彈ニ因ル鉛中毒作用ヲ認メ其他ノ障礙アリトナス人々ニ於テモ亦、諸説未ダ一致ヲ見ズ。或ハ鉛彈ニ於テノミ鉛中毒症狀顯著ナルモ、套皮彈ニ於テハ無害ナリトシ、或ハ之ニ反シテ套皮彈ニ於テ寧ロ鉛毒作用大ナリトナスモノアリ。

或ハ留彈ニ關スル自他覺の症狀ヲ誇大又ハ詐偽の行爲ナリトシ、又ハ、彈ノ體內ニ介在シ常ニ不安ニ驅ラルル結果神經衰弱症ノ因ヲナストナスモノアルモ其ノ見解一致ヲ見ズ。予ノ過去十數年ニ互リテ診査シ得タル留彈症例(65例)及ビ2, 3ノ實驗成績トニ就テ之ヲ概括スルニ次ノ如シ。

生體內ノ留彈及ビ生體外ニ於ケル彈丸ニ關スル實驗成績ニ依ルニ、彈丸ノ減量彼此一致ヲ見ズ。之生體外試驗管内食鹽水又ハ餹水中ニテハ鉛ノ溶離量ハ白銅套皮彈ニ於テハ2種以上ノ金

屬ヨリ成ルヲ以テ彈底部ノ鉛面積狹少ナルニ關ハズ茲ニ小電池ヲ形成シ、陰極ニ相當スル鉛ノ溶離著シク大ニシテ、同時ニ極微量ノ銅ノ共存ヲ認ムト雖モ、生體內ニテハ彈底部ノ狹少ナル鉛露出面非電解質性物質ニテ閉塞サレ易ク、或ハ石灰沈着シ、又ハ套皮彈ノ外面ニ組織壞疽片附着シ、又ハ彈圍ニ強靱ナル癰痕性包囊ノ形成セラレ彈ノ電離化學的連鎖制限セラルルニ至リ、從テ鉛ノ遊離殆ド杜絶ニ傾クコトアルベシ。

反之彈子ノ場合ニハ單一不純ノ鉛ニシテ、試験管内ニテハ鉛ノ溶離量套皮彈ニ比シ著シク劣ルト雖モ、生體體內ニテハ彈圍ノ癰痕性包囊ノ形成菲薄ナルト共ニ直接生活セル組織細胞ニ接觸スル鉛面積著シク大ナルノミナラズ組織中ノ酸素、脂肪又ハ生活組織液中ノ鹽類等ノ影響ヲ受クルコト大ナルヲ以テ、斷ヘズ鉛ノ溶離促サレ増加スベシ。然シテ人留彈ニ於テ兩種ノ彈丸ヨリ鉛ノ溶離スル關係ハ、動物實驗ニ於ケル經緯ト概ネ同一ニ考フルヲ得ベク、之余ノ症例中其ノ鉛中毒症狀ガ白銅套皮彈ニ因ルモノ常ニ必ズシモ濃厚ナラズ、反之彈子ニ因ルモノ必ズシモ輕易ナラズ、血液像所見ニ依レバ寧ロ彈子ノ場合ニ於テ鹽基性顆粒赤血球ノ著シク増加ヲ認ムル所以ナリトス。

斯ク彈丸ガ比較的完全ニ癰痕性包囊ニテ包マレ移動ナシト認メラルル場合ハ其ノ障礙著大ナラザルハ一般ニ首肯シ得ル所ナルモ、或ハ膿瘍ヲ形成等ノ因ヲナスコトナキヲ保シ難ク、出來得レバ留彈摘出ヲ以テ勝レリトナス。然レドモ頭蓋腔、胸腔、腹腔、又ハ關節腔内等ノ留彈ハ自然浮動又ハ排除ノ機會殆ンド少ク、觀血の手術ニ依ルモ摘出困難ノ場合多シ。之傷病等位査定上將來ニ關シテ注意ヲ要スル事項ナリト信ズ。

臨床診斷ト手術所見

皮下腸管損傷ノX線早期診斷ニ對スル1提案

生 野 正 (京都外科集談會5月例會所演)

患 者：29歳ノ男子。左側胸壁ヲ強打シ意識不明トナリ、受傷後4時間目ニ來院ス。

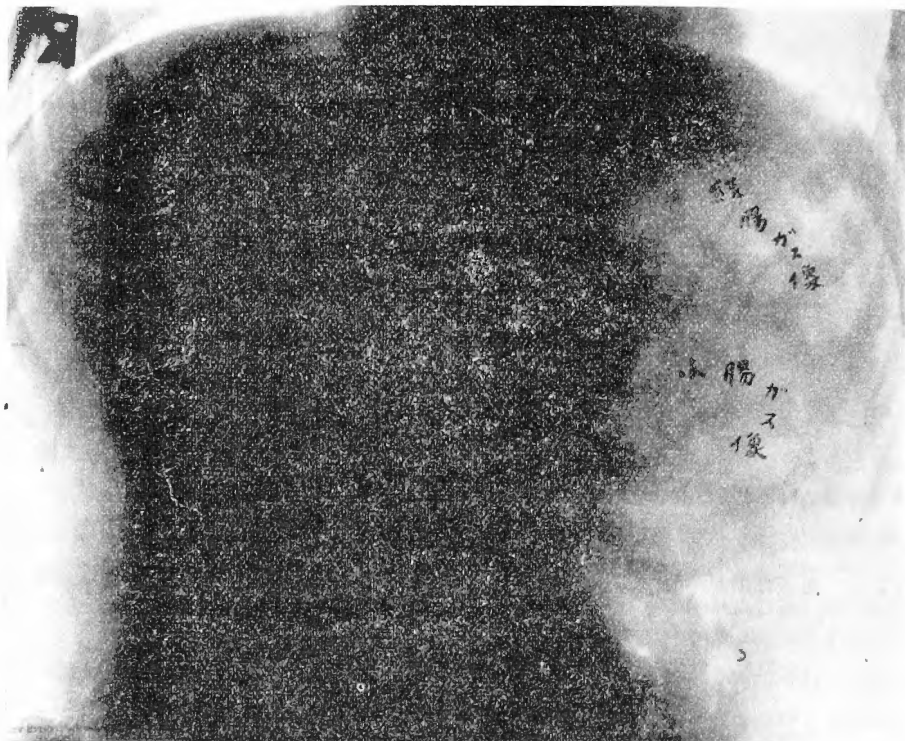
局所所見：左第7—第10肋骨ハ左腋窩線上ニ於テ骨折ス。腹部ハ輕度ニ膨滿シ、左季肋下部ニ於テ稍々著シク、又左季肋下部ニハ腹壁緊張ヲ證明シ壓痛アリ。腸雜音ハ通常度ニ聴取シ得。

X線検査：結腸脾彎曲部及ビソノ直下小腸ニ局所性瓦斯像アリ。(寫眞Ⅰ)

經過ヲ觀察スルニ腹部膨滿ハ漸次増大シ殊ニ上腹部ニ強ク、腹壁緊張及ビブルムベルグ氏徴候著明。臍高以上ハ鼓音、ソレ以下ハ濁音ヲ呈シ、腸雜音聴取シ得ズ。尙顔面蒼白、脈搏ハ頻數微弱。受傷後37時間目ニX線検査ヲ再行スルニ横隔膜運動ハ左側ニ於テ制限セラレ、右側ノ約半ニシテ1/2肋間腔位ナリ。腸ハ全般的ニ瓦斯ヲ滿シテ膨大スルモ下行結腸部ノミハ然ラズ。液體瀝溜像ハ明瞭ナラザルモ膨滿腸管間隙陰影ハ不正多角像アルヲ以テ、液體ノ瀝溜アラント想像セラル。(寫眞Ⅱ)

依テ腹膜炎ノ診斷ノ下ニ開腹術ヲ行フニ、腹腔内ニハ游動性暗赤色血液約700ccアリ。小腸ハ全般的ニ膨滿シ結腸ハ下行結腸ノ上1/2迄瓦斯ヲ滿セリ。

第 1 圖



朴○性 29歳↑腹部鈍傷後4時間目

第 2 圖



朴○性 29歳↑腹部鈍傷後37時間目

出血竈：結腸脾彎曲部，脾尾部，噴門部後膜部＝溢血部アリ。又雞卵大ノ血腫左肝葉内＝アリ。腸管自己＝損傷ナシ。開腹時＝ハ出血既＝止ミ居リタルガ故＝血液ヲ清拭セシノミニテ腹腔ヲ閉鎖セリ。

以上ヲ觀察スルニ，左側胸壁＝加ヘラレタル打撲ハ，打撲部直下＝存スル結腸脾彎曲部腸壁自己＝（假令腸壁＝損傷ナキモ）外力性刺戟ヲ與ヘソノ腸間膜出血ヲ來シ該部腸壁ノ局所性血行障礙竝ニ神經障礙ヲ招來シ，爲ニ一方腸内瓦斯ノ吸收（血行肉移行）ガ妨ゲラレ，他方腸壁緊張減退シ，茲ニ局所性瓦斯鬱積（局所性鼓腸）ヲ來セルナリ。（以上4時間目ノ像）

更ニ腹腔内流出血液ノ chemische autolytische Veränderung ニヨル toxische Wirkung ノ爲全腸管ノ麻痺ヲ來セルモノデアル。（以上37時間目ノ像）

本例ニ於テハ腸管ニ著明ナル損傷ナカリシモ以上ノ所見ヨリ考フルニ，本例ノ場合以上ニ腸壁ニ障礙ガ加ヘラレタルトキ，殊ニ強度ノ穿孔性損傷ノアルガ如キ場合，先ツ受傷後間モナクソノ局所＝局所性瓦斯鬱積ヲ惹起スベキコトハ推理シ得。而シテ後漸次全腸管ノ麻痺ガ發現スルモノナリ。從來發表セラレタル腹部單純撮影法ヲ檢スルニ，既ニ臨床症狀ノ現ハレタルモノノミニ就キテソノ變化ヲ述べ，時間的即チ serienweise ノ Untersuchung ハ全然行ハレテ居ラス。

一般ニ腹部鈍傷ニ際シ，ソノ直後ニハ何等腹部ニ異常ナキ爲ニ注意ヲ怠リ，腹膜炎症狀發現スルニ及ビ始メテ處置ヲ講ズルヲ常トセリ。即チ皮下腸管損傷，殊ニ腸管破裂ノ早期診斷困難ナル爲ニテ，外科醫ノ手術決定判斷ニ迷ヒ手術時期ヲ失スルコトコソデアル。3月ノ本集談會ノ抄讀ニ血液像ノ推移ヲ以テ手術決定ノ指針トスペシトノ事モアツタガ，コレモ未ダ不確實デアル。

故ニ吾々ハ腹部鈍傷ニ際シテハ腹部X線單純撮影ヲ時間的ニ行ヒ，受傷部局所性瓦斯像ノ變化ヲ追求シ，若シ瓦斯像ノ増大スル傾向アラバ未ダ臨床的症狀ノ發現セザル以前ニ開腹ヲ行ヒ，未然ニ腹膜炎ソノ他ヲ防ギ得ベキモノト信ジ，コレヲ提唱シ本例ヲ供覽スル次第デアル。

外傷ニ關聯セル腹部腫瘍

田 島 猪 三 夫（京都外科集談會5月例會所演）

患 者：9歳，女兒。

主 訴：腹痛及ビ腹部腫瘍。

現病歴：4月29日午後4時頃遊戯中腹部ヲ横木ニ衝突シ，急ニ下腹部ニ劇痛ヲ來シ，其ノ部ニ手掌大ノ腫瘍ノアルニ氣付ケリ。惡心嘔吐2回アリシモ其夜ハ睡眠セリ。然ルニ翌朝ニ至リ再ビ下腹部及ビ上腹部ニ持續性鈍痛ヲ訴ヘ惡心及ビ嘔吐1回アリ。發病來便通ナキモ排尿障礙ナシ。

既往歴：腹部腫瘍ノ存在ヤ腹痛ヲ訴ヘシコトナシ。

一般所見：（發病後約20時間）體格榮養共ニ尋常，脈膊正常緊張良，顔貌正常。

局所所見：下腹部著明ニ膨滿ス，ソノ膨滿ハ正中線ニアリ，殆ンド半球狀ニシテ成人手掌大，上部ハ臍高位ニ達ス。蠕動不穩ヲ證明セズ。

觸 診：局所熱感ヲ證明セズ，又何處ニモ筋緊張，壓痛ヲ證明セズ。腫瘍ハ prall elastisch ニシテ凹凸不整ヲ證明セズ。凡テノ方向ニ亙ク移動シ，ソノ移動ニ際シ骨盤腔ニ及ブ牽引性腹痛ヲ訴フ。腫瘍ノ上部ハ打診上濁音ヲ早シ聽診上至ル所腸雜音ヲ聽ク。Ampulla recti 中等度ニ擴大ス。Douglas 氏腔ニ壓痛ヲ證明セズ。

血液像：貧血ヲ證明セズ。白血球數 12,300，中性多核白血球 90.2%

術前X線検査（X線寫眞供覽）：

- 1) Bariumwasser ヲ per anum ニ入レ檢スルニ横行結腸ハ上方ニ凸面ヲ有スル弧形ヲ描キテ壓排サル。
- 2) Pneumoperitoneum ヲ行ヒ檢スルニ per anum デ結腸ガ壓排サレタト同ジ球狀ノ構造ヲ明瞭ニ認メ得。然シテ結腸ハ該腫瘍トハ同時ニ動カズ。

診 斷： 病歴及び以上ノ所見ヨリ腸間膜血腫ト診斷シ直チニ開腹手術ヲ行ヒシニ右側卵巢囊腫ノ莖捻轉ナルヲ知レリ。(標本供覽。Dermoidcyste)

結 論： 本例ハ外傷後初メテ腹部腫瘍ヲ發見セリト云フ訴ニヨリ外傷ト關係アルモノノミヲ考ヘシタメカ、ハ誤診ニ陥リシモノニシテ、小児ノ場合ニ於ケル病歴ハ特ニ注意スベキモノナリ。尙術後詳シクX線寫眞ヲ再檢討スルニ骨盤腔中ニ存在スル球狀ノ腫瘍ナルコト明カニシテ全ク卵巢囊腫ト考フベキモノナリキ。

大網膜淋巴腺結核ノ 1 例

高 橋 齊 (京都外科集談會 2 月例會所演)

患 者： 52歳ノ寡婦。

主 訴： 左側中腹部ニ於ケル壓痛性腫瘤。

既往症： 1) 45歳ノ時右側滲出性肋膜炎ニ罹患シ1ヶ年ニテ全治。 2) 48歳ノ時婦人科的手術ヲ受ク。術後經過順調ニシテ腹膜炎ノ如キ所見ヲ否定ス。 3) 性病否認。

現病歴： 昨年7月頃何等誘因ト認ム可キモノ無クシテ臍ノ左側ニ小鶏卵大ノ腫瘤アルヲ認メタリ。當時自發痛及ビ壓痛ナシ。食後上腹部ノ膨滿感、噯氣、惡心、嘔吐等ヲ來セル事ナシ。然ルニ10月初旬ニ至リ過激ナル勞働ニ際シ自發痛ヲ感ジ同時ニ壓痛ヲモ伴フニ至レリ。此ノ時モ胃腸障害ヲ伴ハズ。腫瘤ノ大サハ10月以降稍々増大セシヤニ感ズルモ自發痛及壓痛ハ其後増減セズ。發病以來惡心、嘔吐、吐血、黑色糞便、體溫上昇等ヲ嘗テ來セル事ナシ。食慾、睡眠、便通共ニ尋常。

現 症： 體格中等、榮養稍々不良、脈搏顔貌共ニ正常、頸部兩腋窩等ニ淋巴腺肥大ヲ認メズ。肺ノ所見ハ右上下鎖骨窩稍々短ニシテ呼吸稍々延長、左側第1肋間腔ニテ胸骨左緣ニ濕性小水泡音ヲ聞ク事アリ。背部兩側呼吸音一般ニ弱シ。心臟ノ境界及ビ心音正常。脊椎正常、四肢ニ運動及ビ知覺障礙無ク、腱反射正常。

局所所見： 腹部ニ膨隆モ陷沒モ認メズ。下腹部正中線ニ於テ第1期癒合ヲ營メル癒痕ヲ認ムル外、何處ニモ皮膚發赤、靜脈怒張、皮膚ノ異狀色素沈着、搏動、蠕動不經等其他異狀ヲ認メズ。

腫瘤ノ視診： 視診ニテハ殆ド膨隆ヲ認メ難シ。

觸 診： 腹筋緊張ノ狀態ニ於テハ觸診困難ナリ。兩膝關節ヲ屈曲セシメテ淺ク觸診スルニ臍ノ高サニテ臍ヨリ約5浬左側ニ稍々腫瘤ニ觸レ、深ク之ヲ行ヘバ明ニ上記ノ部ニ約3浬ノ直徑ヲ有スル略々半球狀ノ境界鮮明ナル表面滑、板樣硬ノ腫瘤ヲ觸ル。熱感、波動等ヲ示サズ。深呼吸ニ依リ移動セズ、手ヲ以テスルモ移動性ヲ認メズ。強ク壓迫スル時疼痛ヲ訴フ。

打 診： 腫瘤上部ハ全ク音濁、附近周圍ハ鼓濁音ヲ示ス。

聽 診： 腫瘤ノ表面ニテハ腸ノ「グル」音ヲ聞カズ。但シ周圍ハ一般ニ有響性雜音ヲ聞ク。直腸檢查ニテ膨大部ニ異狀擴張ヲ認メズ。腫瘤ヲ觸レズ、ドウグラス氏窩ニ壓痛ナシ。

檢尿所見： 蛋白ノ痕跡ヲ認ム。

血液檢查所見： 1) 血球沈降速度稍々速進。 2) 「エオジン」嗜好細胞約8%。

X線檢查所見： 1) 通過障害ヲ示サズ。 2) 位置固定セル腫瘤ノ陰影ヲ認ム。

診 斷： 1) 膝關節屈曲ニテ觸診ハ容易ナリ。 2) 呼吸運動ニ依リモ非移動性ナリ。 3) 腫瘤ノ上ニテ腸ノ「グル」音ヲ聞カズ。 4) 直腸膨大部ハ擴張セズ。 5) X線所見。 6) 肺ノ所見。 7) 檢血所見、等ニ依リ腸間膜淋巴腺結核ト診斷サル。

手術所見： 釵狀突起ノ下5横指ノ部ヨリ臍下ニ至ル約11浬ノ正中線切開ヲナス。皮下脂肪組織ノ發達

少々不良、腹膜ハ所々ニテ腹壁横筋膜ト固ク癒着ス。腹膜ハ其ノ光澤少々白濁シ一般ニ少々肥厚シ脆弱トナル。腹水ハ殆ド之ヲ認メズ。腸ハ互ニ纖維素性ノ薄キ膜ニテ癒着シ合ヒテ團塊ヲナシ、腸ト大網膜トノ間ニモ所々ニ癒着ヲ認ム。斯ル癒着セル腸及大網膜ノ間ヲ鈍性ニ分ケ入り腫瘤ニ至レバ、腫瘤ノ直前ハ腹膜、周圍ハ大網膜、後面ハ小腸ト4ヶ所ニ於テ「キンク」ノ形ヲナシテ固ク癒着スルヲ認ム。由ツテ先ヅ大網膜、腹膜ヲ鈍又ハ鋭性ニ剥離シ、小腸トノ2ヶ所ノ癒着ハ鈍性ニ他ノ2ヶ所ハ鋭性ニ剥離シ小腸粘膜夫々1.5㎝及2㎝ヲ露出ス。レンベルト4刺縫合ヲ行ヒテ之ヲ閉ヅ。斯クテ腫瘤ハ摘出セラレタリ。

次ニ大網膜ヲ以テ腹膜ノ缺損部ヲ蔽ヒ腹壁ヲ3層ニ閉ヅ。

腫瘤ノ肉眼の所見： 略々球形、表面略々滑、乳黄赤色、板様硬ヲ示ス。前壁ノ1部ニ腹膜、後壁ノ1部ニ小腸壁、他ノ周圍ニハ大網膜トノ癒着ヲ示ス。剖面ハ中央部ニ石灰ノ沈着アリ。周圍ノ壁ハ固ク乳白色ヲ呈シシ大部分ノ厚サ2.5㎝、最小部分1.5㎝ナリ。

顯微鏡の所見： 石灰沈着ノ部分ニ結締組織纖維ノ猶硝子様變性ノ部分アリ。一般ニ淋巴球多キモ其内特ニ「エオジン」嗜好性多シ。巨大細胞ハ認メ難ク類上皮細胞ハ之ヲ認ム。定型的結核結節ハ認メ難キモ病理學教室ニテ大網膜淋巴線結核ト診断サレタリ。

「イレウス」ノ1異例

山 中 四 郎（京都外科集談會5月例会所演）

現病歴： 4月21日午後長途ノ歩行後右鼠蹊部ニ無痛性腫脹ヲ來シ約30分間指壓ヲ加ヘ辛ジテ消失セリ。食事ヲ攝リタルニ突然下腹部ニ痙攣性ノ激痛ヲ來シ徹宵發作ニ苦シミ、又左腸骨窩ヨリ臍ニ向ヒ棒ヲ立テル如キ感アリ。同時ニ塊ノ動クニ氣付ケリ。翌22日猶ホ發作頻々、加フルニ惡心嘔吐アリ。發病以來吐糞ハ來サバルモ、自發的ニハ勿論浣腸ニ依ルモ排便ナシ。

既往歴： 27歳、産後右鼠蹊部ニ無痛性腫脹ヲ來シ爾來指壓ニヨリ容易ニ消失シ今日ニ至ル（股ヘルニア）。41歳盲腸周圍膿瘍ニテ切開排膿ヲ受ケ50日ニテ輕快ス。

一般所見： 發病後約23時間。體格榮養共ニ佳良ニシテ、衰弱著シカラズ。皮膚稍乾燥、脈膊正常緊張良、口唇乾燥シ、舌ハ厚キ舌苔ニテ被ハル。

局所所見： 腹部瀰漫性ニ膨滿、殊ニ臍部及ビ左腸骨窩ニ著シ。臍下ニ縱走ノ古キ癰痕性手術創アリ。之ヲ透シテ蠕動不穩明ニ認メタル。Défense、壓痛至ル所ニアリ、又 Blumberg 氏症狀強度ニアリ。腸雜音 klingend ナリ。直腸膨大部極度ニ擴大ス。腫瘤ヲ觸レズ。カゝル検査中蠕動不穩顯著トナル。

血液所見： 白血球數16725、中性多核白血球90.8%。

X線検査： 結腸ノ走行ニ沿ヒ多量ノ瓦斯發生アリ、尙小腸ノ所々ニモ認メタル。Spiegeldild ナシ。per anum ニS字狀部ニ閉塞アルヲ證明ス。

診 断： 1) 腸閉塞ハ確實。2) 急性腹膜炎アリ。サレドコノ症狀ハ餘リニ強シ。果シテ原因何レニアリヤ不明ナリ。「イレウス」ノ原因ハ異常癒着ニヨル。

手術所見： 臍下正中線ヨリ腹腔ヲ開ク。癰痕部ト腸管ニ廣汎ノ癒着アリ通過障礙ナシ。横行結腸ハ擴大下垂ス。大網ノ索狀物ハ左腸骨窩ニ向ヒソノ部ニ小腸トS字狀部トノ廣汎ノ癒着アリ、S字狀部ニ閉塞サレ Treitz 氏靱帶ヨリ3m 50cm ノ部分ニテ小指頭大ノ穿孔ヲ來シ、周圍ハ汚穢ナル被膜ヲ以テ掩ハル。各所ニ於テ腸管ノ癒着多シ。他ニ通過障礙ナシ。

處 置： 穿孔ノ縫合。小腸ノ側々吻合、排膿法。

考 察： 臨床的及ビ手術的ニ「イレウス」及ビ急性腹膜炎ノ症狀ヲ比較的早期ニ併有セル例ニシテ、穿孔ノ原因ハ 1) 股ヘルニアノ箠頓部ノ穿孔、之ハヘルニアノ右側ニ存セシコト

及ビ小腸間ノ癒着ハ穿孔部位ノ左腸骨窩ヘノ移動ヲ許サザル事。2) 手術的ノ人工的穿孔、之ハ穿孔部ノ状態、周圍ノ Belag ノ狀況ヨリ、以上ハ各ミ否定サル。3) 最モ妥當ナルハ異常癒着ニヨル通過障碍ハ偶發セル篠頓_Lヘルニヤ⁷ニヨリ腸蠕動ノ昂進ヲ來シ、ツイデ小腸ノ銳角的屈曲ニヨリ „Kink”⁷ヲ起シ、加之急激⁷ニ食物攝取ニヨリ益々蠕動ヲ高メ癒着ハ腸壁ノ一部ト斷裂シ穿孔セシモノナラン。

結 論：1) „Kink”⁷ヲ起シ得ル原因ハ早期ニ除去スルコト必要ナリ。2) _Lヘルニヤ⁷ハ早期ニ外科的ニ治癒セシムルヲ要ス。3) 臨床的ニ腸下端ノ閉塞ヲ思ハシムル時ハ per anum ノ Einlauf⁷ヲ試ミルベシ。尙_Lイレウス⁷及ビ腹膜炎ハ腸管内發生瓦斯ノ状態ヨリ早期ニ之ヲ鑑別シ得ルヤ否ヤハ今後ノ研究ニ俟ツ。

結核性副睪丸炎ト誤マラレタル血腫

田 島 猪 三 夫 (京都外科集談會5月例會所演)

患 者：25歳，男。

主 訴：右睪丸ノ無痛性腫脹。

現病歴：本年3月27日(20日前)高サ3尺位ノ所ヨリ落チテ會陰部ニ強キ打撃ヲ受ク。ソノ際右側陰囊ガ急ニ手拳大ニ腫脹シ壓痛アリ。コノ腫脹ハ約5日間ニテ減退セシモ右睪丸上部ニ1ツノ拇指頭大ノ固キ無痛性結節ヲ殘シ現在ニ及ブ。

受傷後20日目ノ現症トシテ、右側陰囊ハ左側ニ比シ稍々大。ソノ皮膚ニハ皮下溢血ノ痕跡ヲモ證明セズ。主睪丸ハ硬度尋常ナルモ、ソノ周圍ニ彈性軟ノ腫瘤アリテ波動極メテ著明、diaphanoskopischニ光ヲヨク透過ス。即陰囊水腫ヲ證明ス。副睪丸ハソノ頭部ニ knollig⁷ト鳩卵大、彈性軟ノ無痛性結節アリ。然シ體部及尾部ハ intakt⁷ナリ。副睪丸ト主睪丸トノ境界ハ明瞭ナリ。精系ヲ檢スルニ健側ヨリ2倍以上ニ肥厚シ且ツ彈性硬ナリ。攝護腺モ右側ハ明カニ肥大シ稍々硬シ。

以上ノ所見ヨリシテ結核性副睪丸炎及ビ外傷性陰囊水腫ト診斷シ手術ヲ行ヘリ。然ルニ手術ノ結果ハ結核性副睪丸炎ニ非ズシテ、全ク副睪丸頭部ニ接近セル Plexus panpiniformis⁷ノ陳舊性血腫ナリキ。

考 察：凡ソ睪丸固有膜ヨリノ滲出液ハ主睪丸ニ病變アル時現レ、之ニ反シ副睪丸ニ病變アル時ハ現レザルガ一般ナリ。故ニ本例ニ於ケル陰囊水腫ハ外傷性、急性ニ起レルモノト理解スベキハ當然ナリ。

次ニ結核性副睪丸炎ノ最初ニ病變ノ現レル部ハ主トシテ尾部ニシテ、コレヨリ體部、頭部ニ及ブモノナリ。然ルニ本例ニ於テハ臨床上全ク結核性副睪丸炎ノ所見ヲ示シタルモ尾部、體部ハ intakt⁷ナリキ。

更ニ考察ヲ進ムルニ相接近セル部位ノ2ツノ病變ヲバ2ツノ個々ノモノトシテ、即チ本例ノ如ク1ハ外傷性、他ハ結核性ト云フ如ク2元的ニ理解スルヨリハ、原則的ニ1元的ニ理解スベキデアツテ、本例ハコノ意味ニ於テ診斷上大ナル過失ヲ行ヒタルモノナリ。尙患側攝護腺ノ肥厚モ精系ノ血行障碍ニヨル鬱血ト解スレバ充分説明シ得。